



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

CLARA MARIA ALCÂNTARA VIEIRA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL – TAGUATINGA-DF**

Brasília – DF

2013

CLARA MARIA ALCÂNTARA VIEIRA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL – TAGUATINGA-DF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como  
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em  
Terapia Ocupacional.

Professor Orientador: Ioneide de Oliveira Campos.

Brasília – DF

2013

VIEIRA, Clara.

Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Taguatinga-DF./  
Clara Maria Alcântara Vieira. Brasília, 2013.

F: 48

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Brasília, Faculdade  
de Ceilândia, 2013.

Orientadora: Professora Ioneide de Oliveira Campos.

1. Serviços de saúde mental, CAPS, Transtornos mentais.

CLARA MARIA ALCÂNTARA VIEIRA

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL – TAGUATINGA-DF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como  
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em  
Terapia Ocupacional.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Me. Ioneide de Oliveira Campos  
Orientadora

---

Prof. Dr. Pedro Jabur  
Examinador

---

Prof. Me. Diane Maria Scherer Kuhn Lago  
Examinadora

Aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Taguatinga- DF.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus e Nossa Senhora, por iluminar o meu caminho durante esta caminhada.

Agradeço e dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais, Nádia Alcântara e Clécio Vieira, pela compreensão, incentivo e completa dedicação por toda minha trajetória, eu amo vocês.

Aos meus queridos avós Anita Campos e Severino Campos (in memoria), Maria Clara Vieira e Carmino Vieira, por todo carinho e amor.

Aos familiares e amigos, pelo incentivo e apoio.

À professora, Ioneide Campos, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste estudo.

E aos meus novos amigos, todos profissionais e usuários, do Centro de Atenção Psicossocial de Taguatinga-DF, pela atenção, compreensão e paciência, no momento de estágio e da pesquisa.

## RESUMO

No ano de 2001 a Lei Federal, 10.216, foi sancionada no país dando um novo rumo para o incessante processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Desde então, muitas são as discussões sobre os serviços substitutivos de atenção à saúde mental, sobre sua eficácia, estrutura, demandas, necessidades e políticas. **Objetivo:** o presente estudo tem como objetivo conhecer o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Taguatinga – DF, caracterizando os sujeitos que buscam atendimentos nesse serviço. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo e analítico, de natureza quali-quantitativo, no qual foram analisadas as variáveis sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, prevalência de diagnósticos e sintomas, a partir da análise documental em 30 prontuários ativos do segundo bimestre de 2013, no período de 01 de março a 30 de abril. **Discussão e Análise dos Resultados:** Observou-se que 63% dos prontuários analisados são femininos e 37% masculinos, caracterizam-se por uma população mais velha onde 36% tem 48 anos ou mais, 43% são solteiros, perfil de escolaridade predomina em ensino fundamental e médio, 53% estão fora do mercado de trabalho, os diagnósticos prevalentes foram os transtornos de humor e os sintomas mais frequentes foram ideação suicida, seguido de insônia e depressão. **Considerações Finais:** Concluiu-se que o CAPS-TAG oferece um serviço articulado com outros dispositivos de cuidado em saúde mental, porém existe uma dificuldade dos profissionais em padronizar o preenchimento dos prontuários, o que pode apontar uma resistência ou dificuldade de compreender o sofrimento psíquico, percebeu-se a necessidade de uma discussão a luz das relações de gênero, com a tentativa de compreender fatores de risco correlacionados com o viés gênero que ocasionam o sofrimento psíquico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviços de saúde mental, CAPS, Transtornos mentais, Saúde mental, Diagnóstico.

## ABSTRACT

In the year of 2001, Federal Law n. 10,216 was approved in Brazil, leading to a new way for the nonstop process of the Psychiatric Reform. Since then, many are the discussions about the substitutive services in attention to mental health, its effectiveness, structure, demands, necessities and policies. **Objective:** this study has as a goal to acknowledge the users of the Centre of Psychosocial Attention of Taguatinga (Federal District)'s epidemiologic profile, characterizing the subjects who search for help on these services. **Methodology:** It concerns an explorative, descriptive and analytic study, being quali-quantitative, in which the variants sex, age, education level, occupation, civil status, prevalence of diagnosis and symptoms, are going to be analyzed from the documental analysis on 30 active prontuaries from the second semester of 2013, between the 1st of March to April 30th. **Results' Discussion and Analysis:** it has been noticed that 63% of the analyzed prontuaries are from females and 37% from males, and also that the population tends to be older, where 36% are 48 years old or older, about 43% are single, the education level prevails on Middle and High School, 53% are off the job market, the majority of the diagnosis are those on humour disorders and the most recurrent symptoms were suicidal ideas, followed by insomnia and depression. **Final remarks:** it has been concluded that CAPS - TAG offers an articulate service with other mechanisms of care in mental health. Nevertheless, there is a certain difficulty professionals present on standardizing the filling of prontuaries, which might show a resistance or difficulty on the understanding of psychic suffering; it has also been noticed the need for a discussion towards the gender relations which aim to the comprehension of the risk factors correlated to the gender bias that lead to psychic suffering.

**KEYWORDS:** Mental health services, CAPS, Mental disorders, Mental health, Diagnosis.



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição por sexo dos usuários do CAPS, Março e Abril, Taguatinga, 2013.....	24
Gráfico 2 - Distribuição por idade dos usuários do CAPS, Março e Abril, Taguatinga, 2013.....	25
Gráfico 3 - Distribuição por estado civil dos usuários do CAPS, Março e Abril, Taguatinga, 2013.....	25
Gráfico 4 - Distribuição por escolaridade dos usuários do CAPS, Março e Abril, Taguatinga, 2013.....	26
Gráfico 5 - Distribuição por atividade de trabalho dos usuários do CAPS, Março e Abril, Taguatinga, 2013.....	26
Gráfico 6 - Distribuição por diagnósticos dos usuários do CAPS, Março e Abril, Taguatinga, 2013.....	27
Gráfico 7 - Distribuição de sintomas dos usuários do CAPS, Março e Abril, Taguatinga, 2013.....	28

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - CAPS por tipo, UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Julho/2012).....	14
Tabela 2 - Porcentagem dos diagnósticos atribuídos a mulheres e homens dos prontuários analisados.....	32
Tabela 3 - Comparação entre a frequência de sintomas entre mulheres e homens dos prontuários analisados.....	33

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas.
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil- Juvenil
CAPS-TAG	Centro de Atenção Psicossocial - Taguatinga
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
1.1 OBJETIVO GERAL.....	17
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>3. PROPOSTA METODOLOGICA.....</b>	<b>21</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	21
3.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	22
3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	22
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO E DESCRIÇÃO.....	24
4.2 SINTOMAS, DIAGNÓSTICOS E RELAÇÕES DE GÊNERO.....	29
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO A - REQUERIMENTO DE LIBERAÇÃO .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO B - ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – FEPECS/SES-DF.....</b>	<b>44</b>

## INTRODUÇÃO

É de extrema importância, a fim de destacar as mudanças na atenção à saúde mental, compreender a trajetória desse processo. A saúde pública no Brasil nem sempre foi reconhecida como um direito de todos cidadãos. A história da saúde pública brasileira tem suas políticas marcadas pelo vínculo com o sistema previdenciário, portanto os movimentos sociais a favor da redemocratização do Estado ganham destaque como estratégia da criação de políticas públicas, inclusive as de saúde, introduzindo-a no plano dos direitos de cidadania, é nesse período histórico, no final da década de 70, que se inicia o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (CAMPOS, 2008).

Segundo Yasui (2006), é no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, que se situa o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se de um processo que traz marcas de seu tempo, sua origem é marcada por movimentos sociais, cujo seus autores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, de modo a exigir do Estado a concretização de seus direitos.

Para Tenório (2002) tal processo parte das críticas feitas ao Estado autoritário e a falta de eficiência da assistência pública em saúde. É nesse mesmo momento que surgem denúncias de maus-tratos, violência e abandono pelos quais passavam os pacientes internados em grandes hospícios do país. Em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), quando os mesmos se organizavam em reivindicações trabalhistas, em busca de um tratamento mais humanitário, o movimento chamou atenção e teve grande repercussão, fazendo com que, nos anos seguintes, alcançassem avanços na luta até que a mesma chegasse a um caráter definitivamente antimanicomial.

Nos anos 80 a economia brasileira passa por um período de estagnação, e foi nesse cenário desfavorável que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica se apresentam como processos, não só de transformação da assistência e de construção de um novo plano para a saúde pública, mas também como projeto de redemocratização (YASUI, 2006).

Segundo Pitta (2011), ao longo da década de 80, o Movimento da Reforma Psiquiátrica se alia com os movimentos sociais, solidificando essa união nos anos 90. E nas últimas décadas o movimento mais presente nos rumos da Reforma Psiquiátrica Brasileira é o da Luta Antimanicomial. Porém o Movimento da Reforma Psiquiátrica é mais amplo, pois reuni não só a militância do Movimento da Luta Antimanicomial e de suas dissidências, mas também os ramos contra hegemônicos de governos, corporações da área, sociedade civil, usuários, Universidades, familiares, aparelhos formadores e outros.

Em 1988, o ideário da Reforma Sanitária se realiza com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) formado pelas gestões federal, estadual e municipal, cujo poder é de controle social, e como o progresso da Reforma Psiquiátrica caminha junto com a Reforma Sanitária logo após a criação do SUS, em 1989 chega ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3657 do deputado Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva dos manicômios no Brasil e a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Em 1992 os movimentos sociais, baseados na Lei Federal, nº 10.216, lutam e conseguem aprovar em muitos estados brasileiros leis que determinam a substituição de leitos psiquiátricos por uma rede de serviços integrada de atenção à saúde mental. É então neste período que, no Ministério da Saúde, a política para saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a construir bases mais definidas (BRASIL, 2005).

Logo a Reforma Psiquiátrica, começa a traçar um novo caminho quanto a mudanças na atenção à saúde mental, segundo o Ministério da Saúde:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005, p. 6).

Na década de 90 o Brasil firma compromisso na assinatura da Declaração de Caracas e na realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, onde começam a vigorar no país as primeiras normas federais que regulamentam a implantação dos serviços de atenção diária, dando início as experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossociais - CAPS, Núcleos de Atenção Psicossociais - NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

E é só em 2001, depois de 12 anos em tramitação no Congresso Nacional, que a Lei federal 10.216 finalmente é sancionada no país, desta forma dando um novo rumo para o incessante processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Partindo da ideia principal da Reforma Psiquiátrica, que é a substituição do tratamento oferecido ao doente mental apenas em hospitais psiquiátricos para a construção de uma nova rede de cuidados por meio de serviços substitutivos efetivos, tivemos como consequência a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que segundo o Ministério da Saúde são articuladores da rede de saúde mental. O CAPS é um serviço de saúde voltado para receber e organizar as demandas de atenção as pessoas com transtornos mentais em determinado território, é um ambiente preparado para o acolhimento e o cuidado do doente mental a fim de fortalecer e preservar

seus laços sociais, de modo que haja incentivo para iniciativas de busca da autonomia e ao protagonismo em todo o processo de tratamento (BRASIL, 2005).

Os CAPS são classificados pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida. Assim são divididos em: CAPS I serviços de menor porte para atender municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes, CAPS II serviços de médio porte para municípios com população maior que 50.000 habitantes, CAPS III são serviços de grande porte, com objetivo de atender municípios com mais de 200.000 habitantes, além de funcionar durante 24 horas, todos os dias da semana e feriados, CAPSi voltado para o atendimento de crianças e adolescentes, atendem demandas em saúde mental em municípios com mais de 200.00 habitantes e os CAPSad que realizam atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, atendem cidades com mais de 200.000 habitantes (BRASIL, 2005).

Atualmente, dados do Ministério da Saúde mencionam a expansão quantitativa do número de CAPS no território brasileiro, em função da sensível inversão do financiamento nos últimos anos em equipamentos de saúde mental substitutivos. A série histórica de expansão anual de 1998 a 2011 ilustra um aumento 148 para 1650 CAPS, sendo 68% de cobertura Brasil, se considerar o parâmetro de um CAPS para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Tabela1- CAPS por tipo, UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes por UF (Julho/2012)

Região	UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	TOTAL	Indicador CAPS/100.000 hab
N	Acre	732793		1			1		2	0,27
N	Amapá	668689				1	2		3	0,45
N	Amazonas	3480937	8	4	1				13	0,27
N	Pará	7588078	26	16	2	3	6	1	54	0,56
N	Rondônia	1560501	11	5			1		17	0,74
N	Roraima	451227	1				1		2	0,33
N	Tocantins	1383453	8	3			1		12	0,58
TOTAL DA REGIÃO NORTE		15865678	54	29	3	4	12	1	103	0,49
NE	Alagoas	3120922	39	6		1	3		49	0,95
NE	Bahia	14021432	127	32	3	7	16		185	0,88
NE	Ceará	8448055	50	29	3	6	18		106	0,98
NE	Maranhão	6569683	39	14	1	3	6		63	0,67
NE	Paraíba	3766834	42	8	3	8	8	2	71	1,39
NE	Pernambuco	8796032	29	18	3	7	12	2	71	0,67
NE	Piauí	3119015	30	7	1	1	4		43	0,91
NE	Rio Grande do Norte	3168133	15	11	1	2	7		36	0,92
NE	Sergipe	2068031	19	4	3	2	4		32	1,16
TOTAL DA REGIÃO NORDESTE		53078137	390	129	18	37	78	4	656	0,89
CO	Distrito Federal	2562963	1	2		1	3		7	0,25
CO	Goiás	6004045	17	16		2	5	1	41	0,55
CO	Mato Grosso	3033991	24	3		3	5		35	0,76
CO	Mato Grosso do Sul	2449341	10	6	1	1	4		22	0,71
TOTAL DA REGIÃO CENTRO-OESTE		14050340	52	27	1	7	17	1	105	0,57
SE	Espírito Santo	3512672	8	8		1	3		20	0,46
SE	Minas Gerais	19595309	87	45	10	12	22	1	177	0,71
SE	Rio de Janeiro	15993583	36	40	1	18	18	1	114	0,61
SE	São Paulo	41252160	65	81	29	46	71	3	295	0,68
TOTAL DA REGIÃO SUDESTE		80353724	196	174	40	77	114	5	606	0,66
S	Rio Grande do Sul	10695532	68	38		19	27	1	153	1,12
S	Santa Catarina	6249682	51	13	2	6	11		83	0,94
S	Paraná	10439601	37	28	2	8	22		97	0,76
TOTAL DA REGIÃO SUL		27384815	156	79	4	33	60	1	333	0,94
Brasil		190732694	848	438	66	158	281	12	1803	0,74

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Segundo Ministério da Saúde (2012), como apresenta a tabela 1, a rede atual de Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal conta com 07 CAPS, sendo 1 CAPS I, 2 CAPS II, 1 CAPSi e 3 CAPSad, com indicador 0,27, ocupando o lugar de menor cobertura assistencial do país. A tabela acima aponta quantitativamente esta realidade.

Inaugurado em dezembro de 2006, o Centro de Atenção Psicossocial – Taguatinga – CAPS - TAG, localizado na região central da cidade, tem uma característica peculiar, pois funciona em uma estrutura física de uma casa, proporcionando um relacionamento mais próximo entre profissional-paciente, paciente-profissional, profissional-profissional e paciente-paciente, o que acaba por se diferenciar dos outros CAPS do Distrito Federal, dando novas características ao perfil de usuários desse serviço, porém essa estrutura também limita o trabalho com esse público, pois atualmente o serviço recebe um número elevado de usuários, atendendo uma área de abrangência que corresponde as seguintes cidades: Taguatinga, Ceilândia, Guará, Estrutural, Octogonal, Brazlândia, Vicente Pires, Colônia Agrícola, Cruzeiro, Águas Claras, Arniqueiras e Areal. O serviço também pode contar com diversos profissionais e estudantes das especialidades: Enfermagem, Medicina, Assistência Social, Psicologia e Terapia Ocupacional, também contam com equipe técnica e administrativa.

Apesar da importância de saber o perfil de usuários que fazem tratamento naquele local, essa proposta de pesquisa não foi ainda, sugerida ou realizada, fazendo com essa investigação acabe por ter um caráter inovador no contexto de serviço do CAPS-TAG. A escolha do tema se deu pela proximidade com a área de prática e estudos em saúde mental e pelo fato do campo de pesquisa ser o mesmo local de estágio, influenciando no interesse em saber qual o perfil dos usuários.

O levantamento de características do perfil dos usuários atendidos nesse serviço de saúde, para sua caracterização e análise, podem trazer importantes contribuições para adequação do serviço junto à realidade da população atendida (DEILFINI et al, 2009). Desta maneira, os resultados deste estudo contribuíram tanto no conhecimento do perfil de quem recebe o cuidado em saúde mental, como na possibilidade de direcionamento das intervenções no território em que se insere.

Portanto o principal objetivo deste estudo consiste em caracterizar e analisar o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - Taguatinga – DF, considerando aspectos como o sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação (trabalho), prevalência de diagnósticos e sintomas.

Além do objetivo principal deste estudo, também foram realizadas algumas aproximações dos dados obtidos com as questões de gênero. Pois para refletir aspectos da



vida, inclui pensar a articulação entre saúde mental e gênero, para Santos (2009), essa articulação requer uma “[...] discussão que leve em consideração os fatores sociais que engendram os transtornos mentais e, por sua vez, acarretam de maneira diferenciada sofrimento psíquico em mulheres e homens”. Segundo ele, o uso da categoria gênero, explicita a assimetria existente nos modos de conhecer e aprender o real e na maneira como homens e mulheres se constroem, se representam e estabelecem suas relações no interior da sociedade como um vetor que permeia a produção das subjetividades e, consequentemente, as interpretações sobre o adoecimento psíquico.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GERAL:**

Caracterizar e analisar o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Taguatinga – DF.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Descrever o perfil dos pacientes atendidos no CAPS;
2. Identificar o percentual no que refere ao estado civil;
3. Identificar o percentual de pacientes do sexo feminino e masculino;
4. Identificar a prevalência de diagnósticos dos transtornos mentais entre homens e mulheres;
5. Identificar e comparar a frequência de sintomas entre homens e mulheres;
6. Discutir as relações de gênero concernentes aos dados, sintomas e diagnósticos, apresentados.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Diversos estudos vêm sendo realizados com o objetivo de caracterizar o tipo de demanda atendida por esses serviços de saúde, possibilitando uma maior compreensão dos novos modelos de atenção à saúde mental e o contexto de práticas em determinados territórios. A seguir serão apresentadas pesquisas de alguns autores sobre os perfis de usuários de serviços de saúde mental no Brasil, os estudos de Pereira et al (2012), Delfini et al (2009), Faria e Shneider (2009), Pelisoli e Moreira (2005), e Osinaga et al (2007).

O trabalho de Pereira et al (2012), é um estudo exploratório descritivo, com objetivo de identificar o perfil dos usuários do Ambulatório de Saúde Mental -ASM e do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS do município de Lorena- São Paulo. Foram coletados dados de 5.490 prontuários dos usuários cadastrados no ASM e 340 no CAPS, após análise dos dados, obtiveram os seguintes resultados: no ASM 68% dos usuários eram mulheres e no CAPS 61% eram homens, os diagnósticos que prevaleceram no ASM foram transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e os somatoformes, e no CAPS os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Os medicamentos mais prescritos no ASM foram os antidepressivos e o CAPS os antipsicóticos. Também verificou-se que a atuação dos serviços acontece de forma desarticulada com Atenção Básica de Saúde, sendo necessária a implantação do apoio matricial nesse município, além do mau preenchimento dos prontuários, dificultando a coleta de dados.

Nesse estudo os autores destacam que os serviços de assistência à saúde mental no município atendem um número elevado de pessoas que desenvolveram algum tipo de transtorno psíquico em decorrência do uso de álcool e outras drogas, sugerindo assim que seja feita pelo gestor de saúde a implantação de um CAPSad no município, possibilitando o remanejamento dos usuários, o que permitiria que cada unidade oferecesse assistência de qualidade a uma população específica.

Delfini et al (2009), também realizaram seu estudo na cidade de São Paulo, com objetivo de caracterizar o perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência - CAPSi, onde são realizados atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos psíquicos graves. Os dados de prontuários ativos, 103, foram coletados por meio de um protocolo, como resultado, a maioria dos usuários atendidos tem entre cinco a quinze anos de idade (68,9%) e são do sexo masculino (61,2%) diagnósticos como transtornos de comportamento e emocionais correspondem a 21,4%, 16,2% transtornos do desenvolvimento global e 10,5% retardo mental. Prevalece encaminhamentos pelo Conselho Tutelar e

principais motivos de consultas são queixas neuromotoras, escolares e sociocomportamentais. Concluiu-se que a instituição estudada atende pacientes e profissionais de um antigo serviço de reabilitação, isso explica o numero elevado de crianças com problemas neuromotores, e a falta de padronização dos prontuários dificultou a localização e análise de outras questões relevantes.

Estudos do perfil de usuários ajudam no reconhecimento do contexto da atenção em saúde mental de determinados territórios, pois a caracterização da demanda viabiliza o reconhecimento de possíveis obstáculos na infraestrutura e no processo de trabalho do serviço, que consequentemente comprometem o cuidado em saúde (PEREIRA et al, 2012). Estudos dessa natureza possibilitam uma melhor organização do serviço, bem como ajudam os profissionais que ali atuam, desta forma podendo oferecer assistências de qualidade influenciando condutas e práticas (OSINAGA et al, 2007).

O trabalho de Faria e Schneider (2009) têm como objetivo estabelecer reflexões sobre as práticas em serviços como o CAPS- Álcool e outras Drogas e também sua relação com as políticas realizadas pelo Ministério da Saúde, por meio do estudo do perfil de usuários. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com dados coletados de 1122 prontuários, nos anos de 2005 e 2007, da cidade de Blumenau-SC. Obtiveram como resultados a predominância de usuários do sexo masculino, maiores de 34 anos e dependentes de álcool (67,89%). Os autores destacam em suas considerações finais que o CAPSad- Blumenau é o reflexo da situação presente em território nacional e internacional, onde o abuso de drogas lícitas causam maior impacto na saúde pública, tendo o desafio de ser um dispositivo de extrema importância na consolidação das políticas de atenção ao usuário de drogas seguindo as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica. Destacam também que o presente estudo, por ter como apoio apenas dados dos prontuários, apresentou algumas limitações quanto à discussão dos modelos de atenção das equipes multiprofissionais dos CAPS , sugerindo então que novas pesquisas de caráter qualitativo sejam feitas.

Pelisoli e Moreira (2005) estudaram o perfil epidemiológico da população de um Centro de Atenção Psicossocial de um município do estado do Rio Grande do Sul, onde a prevalência diagnóstica foram os transtornos de humor e neuróticos relacionados ao estresse e somatoformes, os usuários apresentaram uma fraca adesão ao tratamento e uma baixa média de consultas e apresentou a demanda espontânea como a mais relevante.

Por fim, Osinaga et al (2007), optaram por caracterizar não só o portador de doença mental, mas também seu acompanhante, identificando a doença, diagnósticos e tratamentos, além de conhecer a opinião dos mesmos sobre a doença mental e assistência psiquiátrica. A pesquisa foi realizada em três serviços Unidade de Emergência, CAPS e Ambulatório de Saúde Mental. Usuários e acompanhantes, 750, responderam ao Questionário de Caracterização Clínico-Social e a Escala de Medida de Opinião sobre conceitos e assistência psiquiátrica. Esses serviços apresentaram uma demanda de pacientes com baixo nível de escolaridade, sem trabalho e pouco informado sobre seus diagnósticos e tratamentos, predominaram também tratamentos medicamentosos e poucas internações, foram observadas nos três serviços as divergências de opiniões sobre assistência e conceitos.

Além dos estudos acima apresentados sobre caracterização de perfis de usuários em saúde mental, em sua maioria com abordagem quantitativa, existem outras pesquisas que corroboram na elucidação das questões sobre saúde mental e gênero, voltados para abordagens qualitativas sendo elas os estudos de Zanello e Silva (2012), Andrade (2006), Santos (2009) e Zanello et al (2011).

Zanello e Silva (2012) faz uma análise dos sintomas e diagnósticos em prontuários de pacientes homens e mulheres de dois grandes hospitais psiquiátricos do Distrito Federal. Foi observado que 27,5% dos diagnósticos masculinos e 59,6% dos femininos podem ser considerados transtornos mentais comuns, além de o perfil biométrico apontar para a prevalência de mulheres, negras, pobres e domésticas. Os autores ainda questionam se tais diagnósticos apontam para um quadro médico ou uma medicalização de mazelas sociais.

Já Andrade (2006) e Santos (2009), trazem uma discussão sobre o sofrimento psíquico desses usuários, desde sua compreensão, até sua possível origem por meio das relações de gênero, e por fim Zanello et al (2011) investigam concepções implícitas sobre a loucura e sua cura, por meio de observações em consultas psiquiátricas, no setor de internação de um hospital psiquiátrico público, trazendo a tona novamente a questão da medicalização e a doença mental, pois como resultados obtiveram o medicamento como principal solução e sua prescrição como a forma privilegiada de tratamento.

A pesquisa sobre o Perfil dos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial – Taguatinga também tem, como a maioria dos estudos supracitados, objetivo de conhecer melhor a demanda recebida por meio da caracterização do perfil dessa clientela, oferecendo ao serviço melhor conhecimento do seu público, das necessidades do território, possibilitando melhores estratégias dentro do próprio serviço, assim como, contribuir para as discussões e implicações entre saúde mental e gênero.

### **3 PROPOSTA METODOLÓGICA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, de caráter documental em que principal objetivo foi descrever características de determinada população, estabelecida em um período. Entende-se nesse estudo a investigação qualitativa e quantitativa como métodos diferenciados de fazer pesquisa, no entanto, interconectam-se no momento de olhar e analisar os dados, numa articulação, como menciona Deslandes e Assis (2002), dialógica.

#### **3.2 O CENÁRIO DA PESQUISA**

O estudo será realizado no CAPS II de Taguatinga, que faz parte da Gerência de Saúde Mental-GESAM, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. É um CAPS, inaugurado em dezembro de 2006 e localizado na região central de Taguatinga, conta com uma equipe administrativa e equipe técnica (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras), na atenção á saúde mental de jovens adultos acima de dezoito anos com transtornos mentais graves e persistentes. É responsável pela seguinte área de abrangência: Taguatinga, Ceilândia, Guará, Estrutural, Octogonal, Brazlândia, Vicente Pires, Colônia Agrícola, Cruzeiro, Águas Claras, Arniqueiras e Areal. Oferece a esta população acolhimento, grupo de apoio a familiares, matriciamento, oficinas terapêuticas e de trabalho, grupo psicoterápico e terapêutico, acompanhamento psiquiátrico, visita domiciliar e busca ativa.

O serviço apresenta uma dinâmica, onde o paciente é inserido, que compreende o acolhimento, plano terapêutico, oficinas, visitas domiciliares, além das reuniões de família e equipe. O acolhimento é a primeira etapa por onde o usuário passa quando chega ao CAPS-Taguatinga, o mesmo pode chegar por demanda espontânea ou encaminhado por serviço de saúde ou ordem judicial. No acolhimento são obtidas informações básicas como dados pessoais, motivo da procura por tratamento, condições de saúde, moradia, financeiras e projeto de vida. O acolhimento pode ser feito por diversos profissionais do CAPS , Terapeuta Ocupacional, Enfermeiros, Psicólogos ou Assistentes Social, no fim desta etapa o profissional responsável faz uma análise e então decide se o paciente é demanda para o CAPS ou precisa ser encaminhado para outro serviço.

O plano terapêutico é o segundo passo a ser seguido pelo usuário, nesse momento o mesmo comparece ao CAPS acompanhado por algum familiar responsável, são convidados a assinar um termo de compromisso com o serviço, onde algumas normas são estabelecidas para o bom andamento do tratamento. Em seguida é montado um cronograma de atividades, que são escolhidas de acordo com o interesse do usuário, e então o mesmo começa seu tratamento comparecendo nos dias e horários estabelecidos em seu plano terapêutico. Após essas primeiras etapas a dinâmica segue com os atendimentos em grupos, oficinas, visitas domiciliares, reuniões de família, de 15 em 15 dias, um espaço de troca entre os familiares e profissionais, e a reunião da própria equipe, uma vez na semana, onde os profissionais discutem o andamento dos casos ali tratados por eles.

### **3.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

Quanto aos procedimentos, foi feita uma análise documental de dados, pois baseia-se na análise de materiais que receberam um tratamento analítico, onde todos os cálculos de porcentagem foram feitos pelo programa Excel 2010. Essas fontes escritas proporcionaram dados suficientemente ricos para a realização da pesquisa, evitando também a necessidade de um longo período de tempo para realização da pesquisa como aconteceria em um levantamento de campo, por exemplo (GIL, 1999). Esse tipo de pesquisa tem como objetivo selecionar, tratar e interpretar a informação bruta, e então dar valor e sentido a essas informações (SILVA, GRIGOLO, 2002). Para a coleta de dados foi utilizado um formulário (APÊNDICE A), que norteou todo o processo de coleta.

### **3.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS**

Nesse estudo foi feita a análise de prontuários dos usuários que deram entrada e permaneceram no serviço durante o segundo bimestre de 2013, no período de 1 de março à 30 de abril de 2013, numa amostra de 30 prontuários, foram excluídos os prontuários de usuários que não permaneceram no serviço durante esses dias. Após a coleta, os dados foram analisados à luz da literatura da área de saúde mental e gênero, considerando sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, prevalência de diagnósticos e sintomas. Após a

finalização da pesquisa será realizada a devolutiva do estudo a equipe do serviço, com os devidos resultados encontrados.

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Considerando a Resolução 196/96 (vigente até o momento), o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES-DF). No estudo realizado foi feita uma análise documental, onde foram utilizados apenas dados de 30 prontuários de pacientes ativos do serviço. Como trata-se de um estudo ex-post facto houve a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois os dados foram coletados de forma indireta, sem um contato direto com o sujeito e sem causar prejuízos ao mesmo. No dia 12 de agosto de 2013, a chefia responsável pela Unidade Clínica, CAPS-TAG, onde foi realizada a pesquisa, assinou o termo de concordância, mostrando-se de acordo com o estudo a ser realizado. Segundo a carta circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS, para a avaliação ética de projetos de pesquisa envolvendo dados de prontuários, coube ao Comitê de Ética em Pesquisa- CEP considerar o contexto em que a pesquisa estava inserida, portanto no dia 28 de agosto de 2013 o projeto foi submetido ao CEP e no dia 02 de Setembro de 2013 foi aprovado com o parecer, número 380.660, liberado para o início do trabalho. A pesquisa não apresentou nenhum risco moral, físico ou social aos mesmos e suas identidades foram preservadas.

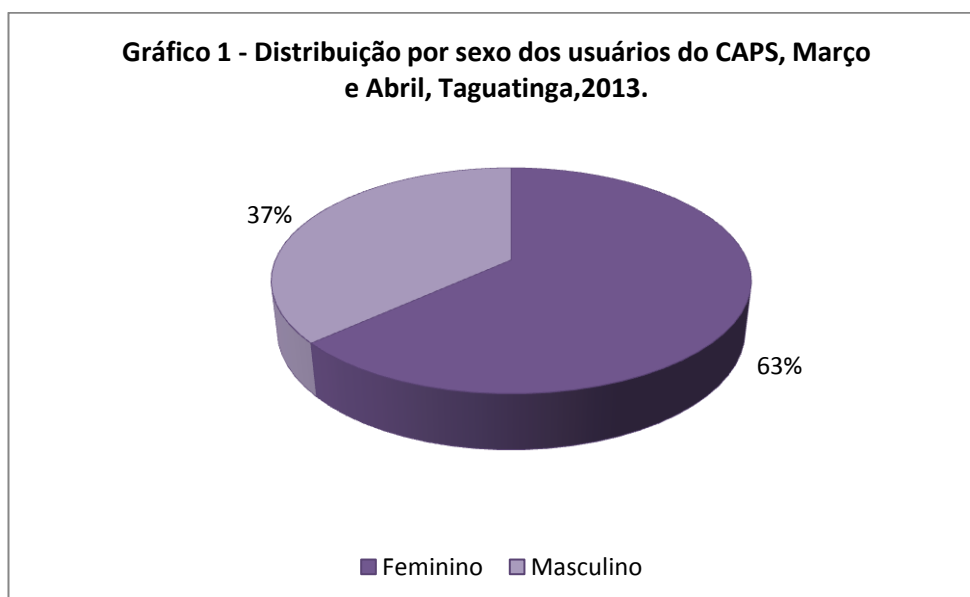


## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

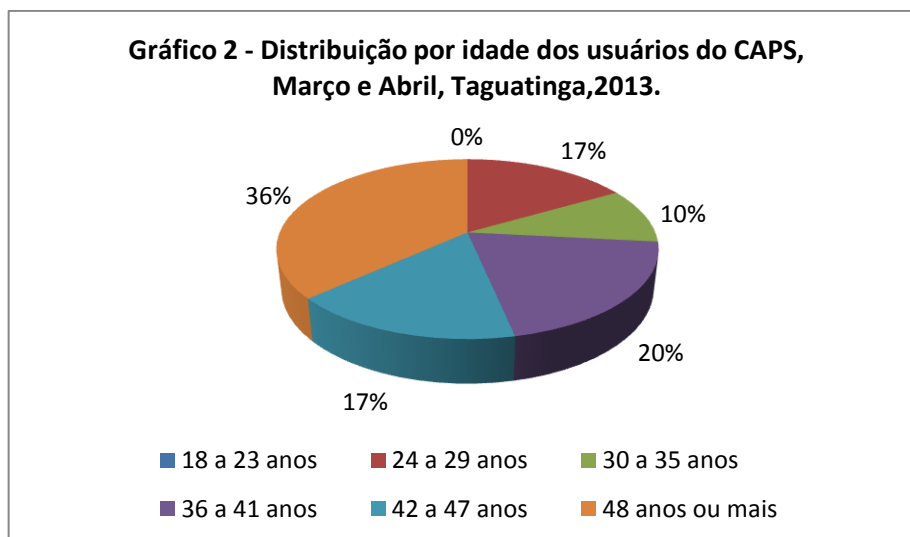
### 4.1 DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

No ano de 2013, entre os meses de março e abril, deram entrada no Centro de Atenção Psicossocial – Taguatinga, com abertura de prontuários, 40 usuários. Portanto no presente estudo foi composto por uma amostra de 40 prontuários, onde 10 encontravam-se arquivados, não ativos, no momento da pesquisa, desta forma 30 prontuários foram analisados. A partir dos resultados encontrados, os usuários atendidos no CAPS-TAG, apresentam as seguintes características:

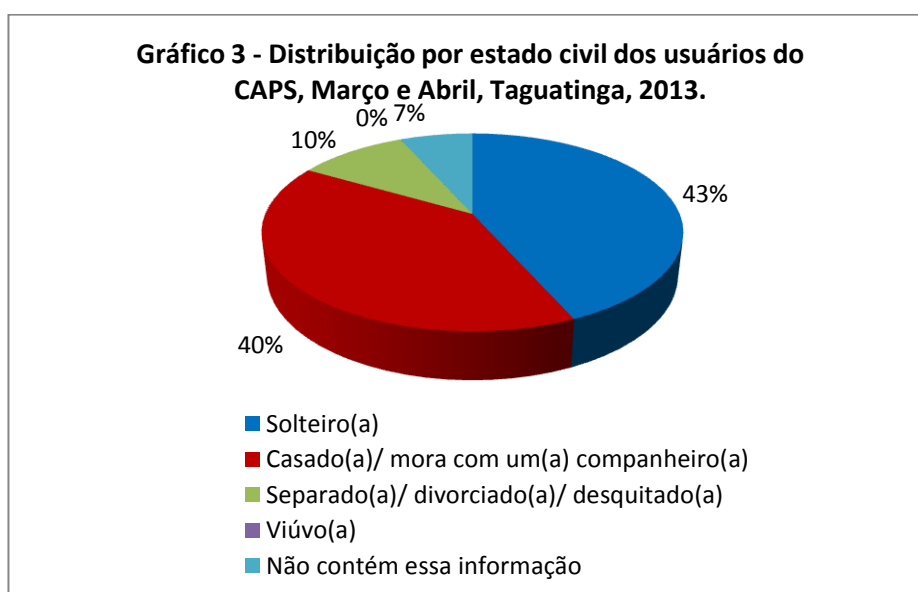
A primeira variável analisada diz respeito ao sexo, observou-se que 63% dos usuários são mulheres e 37% homens. Mostrando que a maioria da população atendida no CAPS-TAG pertence ao sexo feminino. Estes dados podem refletir uma relação com os papéis sociais exercidos pela mulher na sociedade que propiciam o desenvolvimento de um sofrimento psíquico significativo, além da possível indicação que as mulheres são as que mais procuram por ajuda psicológica.



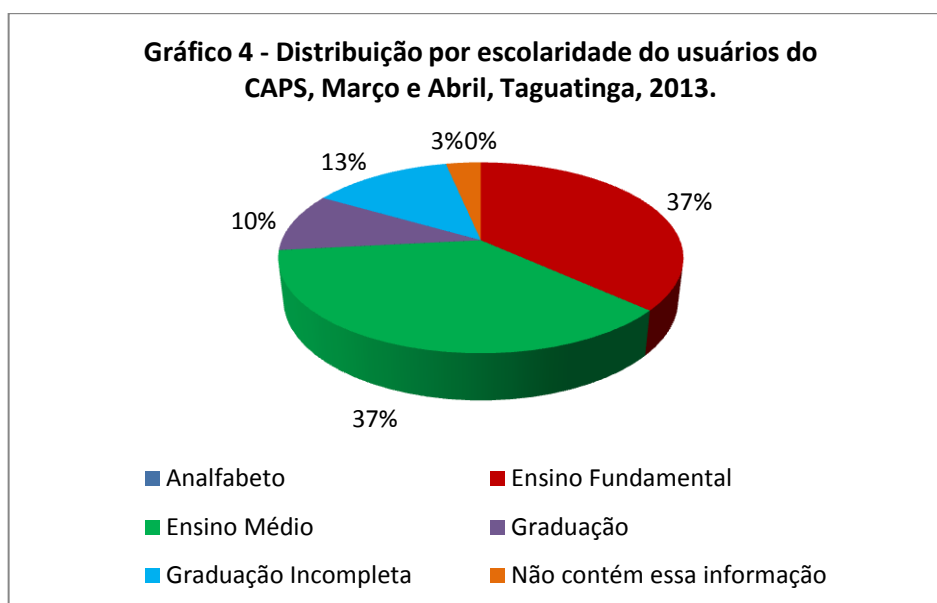
Como mostra o gráfico abaixo para estabelecer a idade, a segunda variável analisada, foram considerados os intervalos entre 18 a 23 anos, 0%, 24 a 29 anos, 17%, 30 a 35 anos, 10%, 36 a 41 anos, 20%, 42 a 47 anos, 17%, e 48 anos ou mais, 36%. As idades dos usuários variam entre 24 anos e 69 anos, com maior concentração no grupo etário de 48 anos ou mais, identificando que os pacientes amostrados fazem parte de uma população com faixas etárias avançadas.



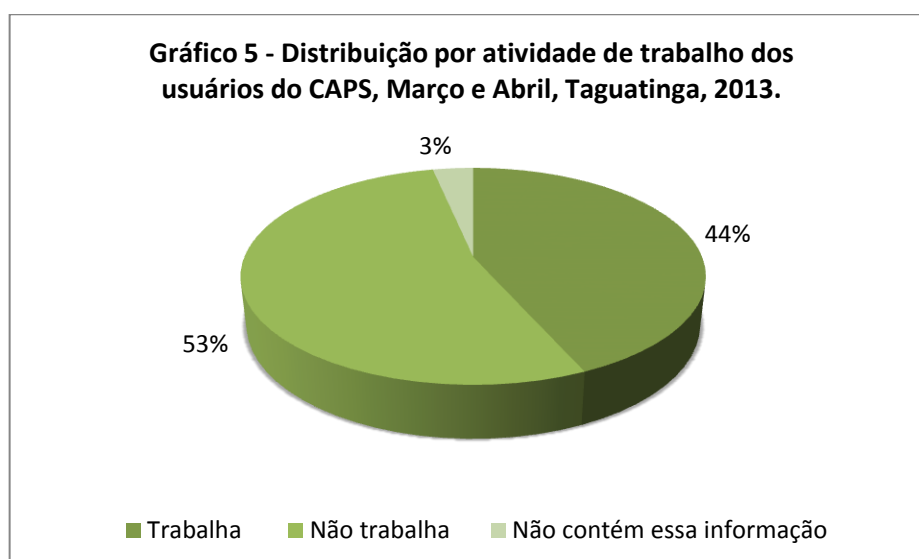
Quanto à distribuição por estado civil 40% dos usuários são solteiros (as), 40% casados (as) / mora com um companheiro (a), 10% separados (as) / divorciados (as) / desquitados (as), 0% viúvos e 7% dos prontuários não continham essa informação.



Em relação à escolaridade, 37% possuem o ensino médio completo, 37% ensino fundamental, 10% graduação completa, 13% graduação incompleta, 0% de analfabetismo e 3% dos prontuários não continham essa informação. Sobre essa variável, o nível de escolaridade é significativo, tanto para o ensino médio, como para o fundamental, a qualificação acadêmica é baixa e este percentual pode representar a falta de acesso, condições de vida difíceis, pobreza e o surgimento de doenças ao longo da vida.

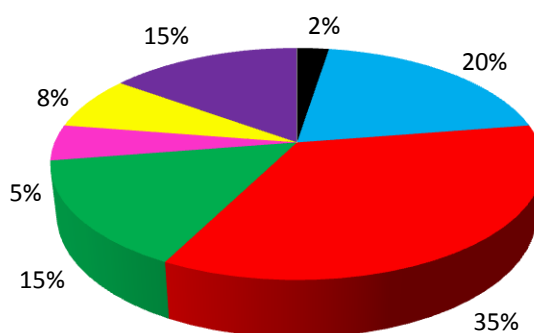


Quanto a variável trabalho, 53% dos usuários não trabalham, 44% trabalham e 3% dos prontuários não continham essa informação, destes usuários apenas 1 recebe auxílio-doença. Esses dados são de suma importância na saúde mental, pois o fato de que um pouco mais da metade da amostra não trabalha, retrata a realidade – e antiga - da relação entre louco e incapacidade.



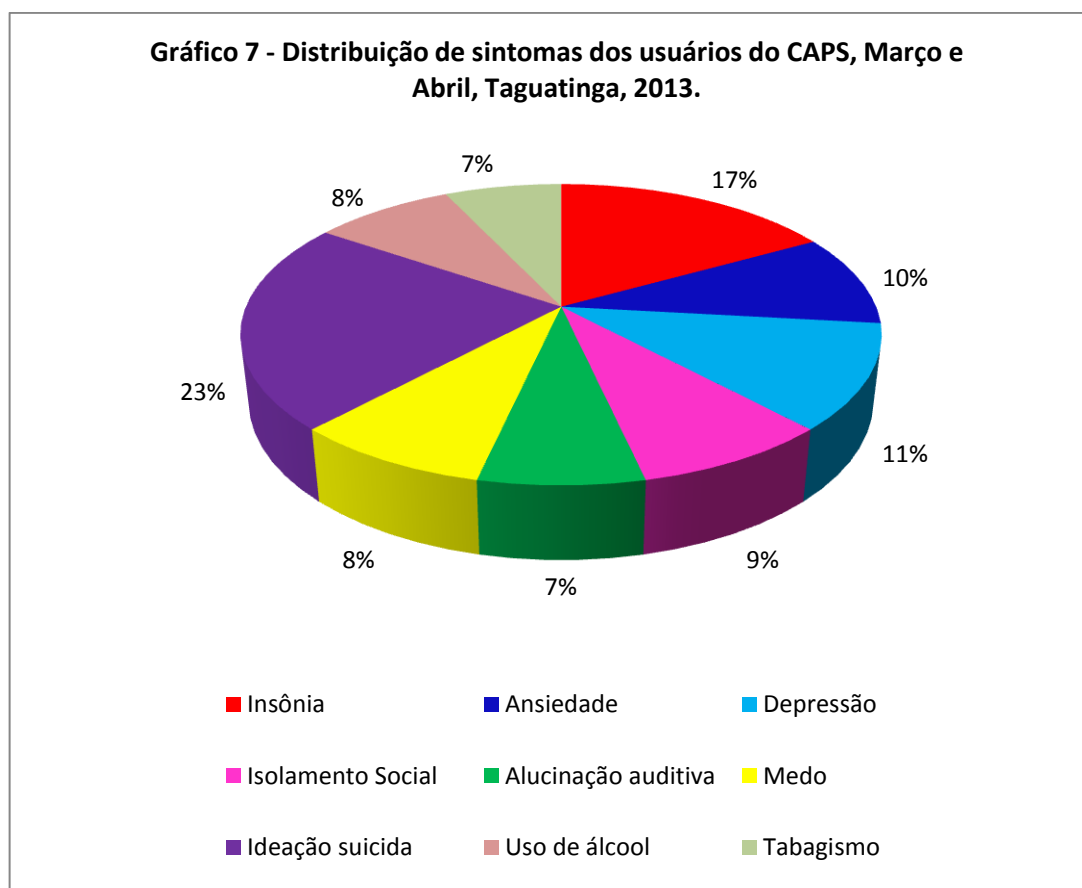
Em relação aos diagnósticos, em alguns casos pode-se observar a presença de dois ou mais diagnósticos diferentes para o mesmo usuário, sendo assim foram contabilizados todos os diagnósticos apresentados. Ao todo foram encontrados 18 diagnósticos, divididos em 6 grupos de acordo com o CID.10. Portanto 35% representam transtornos do humor (afetivos), 20% esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, 15% transtornos neuróticos, transtornos relacionados com stress e transtornos somatoformes, 8% retardo mental, 5% transtornos da personalidade e do comportamento do adulto, 2% transtornos mentais orgânicos, inclusive sintomáticos e 15% dos prontuários não continham informações quanto ao diagnóstico.

**Gráfico 6 - Distribuição por diagnósticos dos usuários do CAPS, Março e Abril, Taguatinga, 2013.**



- F00- F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos
- F20 -F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
- F30-F39 Transtornos do Humor [afetivos]
- F40- F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com stress e transtornos somatoformes
- F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
- F70-F79 Retardo mental
- Não contém essa informação

Os sintomas da mesma maneira que os diagnósticos, na maioria das vezes são encontrados mais de um se referindo ao mesmo usuário, foram encontrados 22 sintomas, dentre os mais frequentes encontrou-se: 23% Ideação suicida, 17% insônia, 11% depressão, 10% ansiedade, 9% isolamento social, 8% medo, 8% uso de álcool, 7% alucinação auditiva e 7% tabagismo. Foram agrupados aos sintomas, uso de álcool e tabagismo por ter aparecido nos prontuários de forma significativa e sem um grupo específico.



## 4.2 SINTOMAS, DIAGNÓSTICOS E RELAÇÕES DE GÊNERO

Durante o período de coleta de dados, foram observadas algumas divergências no preenchimento dos prontuários, principalmente na ficha de acolhimento que contém as principais informações que permitem a caracterização do perfil desses sujeitos que fazem tratamento no CAPS-TAG. O acolhimento é uma das primeiras etapas por onde o usuário passa quando chega ao serviço, pode ser feito por enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais ou pelo próprio psiquiatra.

Na ficha de acolhimento se encontram informações como sexo, idade, trabalho atual, escolaridade, estado civil, diagnóstico, principais queixas, sintomas entre outras. Tais divergências deve-se a falta de padronização, por parte dos profissionais, na hora do preenchimento da ficha de acolhimento, onde cada uma acrescenta mais informações de acordo com sua área de atuação ou que ache mais relevante naquele momento, por exemplo enquanto a Psicóloga(o) e o Terapeuta se atentam mais para informações sobre relações sociais, questões psicológicas e sintomas, o enfermeiro(a) e o médico(a) se atentam aos medicamentos e diagnósticos. Sobre esta questão, Zanello e Silva (2012), acredita existir uma valoração diferenciada dos dados a serem coletados a cerca do paciente, pelos profissionais.

Nesta ficha, uma curta anamnese sobre o estado do paciente, informações adicionais e sintomas apresentados, dificilmente são deixados de lado, porém mais uma vez cada profissional prioriza informações que são lhes são mais relevantes, deixando para trás dados pessoais como por exemplo questões familiares, religiosas, laborais, que são de extrema importância para construção de uma reflexão sobre os transtornos mentais, essa característica do serviço aponta certa dificuldade em traçar um perfil do usuário em saúde mental.

A realidade dos serviços de saúde mental, apesar dos avanços políticos e sociais do processo de reforma psiquiátrica brasileira – em curso – mostra a presença de práticas de trabalho cotidiano na saúde mental, ligada fortemente a um modelo arcaico e tradicional de assistência e, nesse sentido, faz um esforço enorme de olhar o sofrimento somente por uma dimensão. Isso enviesa e limita as relações de ajuda, é como se, a definição de um diagnóstico, uma questão muitas vezes numérica é necessária para definir o medicamento exato de supressão e ou remissão de sintomas, sem considerar o sujeito e suas singularidades, contextos e modos de vida.

Por que trazer a tona uma discussão sobre as variáveis, sintomas e diagnósticos, e as relações de gênero? O gênero é uma janela importante para o entendimento da doença

mental ( PHILIPPS, FIRST, 2008). A cerca desta temática, Ramos e Holanda (2012) afirmam que as relações de gênero podem causar problemas em todos os setores da vida humana, principalmente quando trata-se de saúde física e psicológica. Foi observada uma carência de estudos qualitativos, quando o método de pesquisa se tratava de uma análise documental de dados em prontuários, foi mais comum encontrar artigos com abordagem quantitativa, e uma discussão voltada para prevalência de diagnósticos entre homens e mulheres, porém sem apontar as influências das relações de gênero nesses resultados. Segundo Philipps e First (2008), o gênero pode potencialmente afetar todos os aspectos da psicopatologia, incluindo o curso da doença, a maneira com os sintomas se expressam, a prevalências dos transtornos mentais, a busca do tratamento pelo paciente e se este melhora com o tratamento.

A denominação de “gênero” surgiu como descrição e análise de interações sociais, a partir do movimento feminista, caminhando contra a ideia do determinismo biológico subentendido no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual” que reduzia a análise dos sujeitos a diferenças do corpo, especialmente às da genitália (SCOTT, 1980). Destaca-se a mudança de sentidos que esses termos tomaram no decorrer da história, se tornando cada vez mais relacional, agora utilizando a expressão *relações de gênero* para denotar valores e papéis sociais associados a homens e mulheres ( CASARES, 2008).

Durante a década de oitenta a discussão sobre gênero e saúde mental no Brasil, ganhou espaço entre as teóricas feministas, mas logo perdeu visibilidade na década seguinte. Tal perda talvez possa ser explicada pelo fato de que neste mesmo período a doença mental estava sendo objeto de discussão no âmbito da reforma psiquiátrica e o uso da categoria gênero na abordagem dos fenômenos psíquicos implicasse o desafio de romper com a hegemonia do discurso biomédico (SANTOS,2009).

Segundo Andrade (2008) a cultura hospitalocêntrica e as relações históricas de poder, em nossa sociedade, ainda são um obstáculo para as transformações na área de assistência psiquiátrica. Tanto para as mulheres, quanto para os demais, que se caracterizam subjetivamente sob esta cultura e parecem criar identidades que impedem um olhar mais ampliado sobre o sofrimento psíquico.

Sobre essa cultura, em artigo intitulado Entrevistas de Evolução Psiquiátricas: entre a “Doença Mental” e a Medicalização, Zanella et al (2011), elaboram pesquisa sobre as concepções implícitas acerca da loucura e de sua cura nas perguntas realizadas por médicos psiquiátricos nas consultas de evolução. Os resultados mostram claramente a medicação como alternativa para o sofrimento, além de reafirmar o poder do médico, enquanto detentor do saber psiquiátrico e práticas que legitimam o conceito de doença mental.

Embora o serviço apresente um trabalho interdisciplinar e pregue uma atenção diferenciada ao cuidado do doente mental, ainda foi possível perceber essa dificuldade de se obter um olhar mais amplo sobre o sofrimento psíquico, seja na hora de preenchimento de dados básicos do prontuário quanto no momento de fechar um diagnóstico ou descrever sintomas. Talvez essa dificuldade deva-se realmente ao difícil entendimento do sofrimento daquela pessoa que busca ajuda.

Foram escolhidas as variáveis sintomas e diagnósticos para uma discussão a luz das relações de gênero, pois por meio das observações realizadas, são identificadas como variáveis que caracterizaram uma maior complexidade e divergência na hora do preenchimento dos prontuários, além de contribuir para uma compreensão dos transtornos mentais.

Em relação aos diagnósticos, 14% dos prontuários masculinos não apresentavam indicação de diagnóstico. Na maioria dos casos que continham essa informação, observou-se a presença de mais de um diagnóstico em um mesmo prontuário, desta forma foram contabilizados 12 diagnósticos divididos em 5 grupos de acordo com o CID.10, encontrou-se : F20-F29 esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (36%), F30-39 transtornos do humor (22%), F40-F48 transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes (14%), F00-F09 transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (7%) e F70-F79 retardo mental(7%).

Quanto aos diagnósticos femininos, 15% dos prontuários não apresentavam indicação de diagnóstico. Da mesma maneira que nos prontuários masculinos foi comum observar mais de um diagnóstico em relação a um mesmo usuário, sendo assim foram contabilizados 22 diagnósticos igualmente divididos em 5 grupos de acordo com o CID.10, com a seguinte frequência: F30-F39 transtornos do humor (42%), F40-F48 transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes (15%), F20-F29 esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (12%), F60-F69 transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (8%) e F70-F79 retardo mental (8%).



Tabela 2. Porcentagem dos diagnósticos atribuídos a mulheres e homens dos prontuários analisados.

DIAGNÓSTICOS	FEMININOS (%)	MASCULINOS (%)
F30-F39- Transtornos do humor	42	22
F40-F48- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes	15	14
F20-F29- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	12	36
F60- F69- Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	8	0
F70-F79- Retardo mental	8	7
F00-F09- Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	0	7
Não contém essa informação	15	14

A tabela 3 mostra a porcentagem dos diagnósticos atribuídos a mulheres e homens dos prontuários analisados, as observações sobre essa questão se dividem em alguns pontos principais, sendo eles: os transtornos do humor com incidência significativa em ambos os sexos, porém é maior nas mulheres, nos homens destaca-se esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. E a porcentagem significativa de prontuários que não continham nenhuma informação sobre diagnóstico.

O DSM-IV é, portanto, um manual diagnóstico e estatístico, que correlaciona-se com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, da Organização Mundial da Saúde (OMS). MATOS et al. (2005), mencionam que o DSM-IV é considerado um sistema classificatório multiaxial - publicado nos anos 90, organizado de maneira a agrupar 16 classes diagnósticas distintas, que recebem códigos numéricos específicos e se distribuem por cinco grandes eixos. Apresentam ainda as seguintes principais características:

1. Descrição dos transtornos mentais;
2. Definição de diretrizes diagnósticas precisas, através da listagem de sintomas que configuram os respectivos critérios diagnósticos;
3. Modelo ateuórico, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos;
4. Descrição das patologias, dos aspectos associados, dos padrões de distribuição familiar, da prevalência na população geral, do seu curso, da evolução, do diagnóstico diferencial e das complicações psicossociais decorrentes;

5. Busca de uma linguagem comum, para uma comunicação adequada entre os profissionais da área de saúde mental;

6. Incentivo à pesquisa.

Portanto as características acima, os termos descrição dos transtornos e definição de diretrizes precisas dizem pouco sobre o sofrimento psíquico das pessoas, pois de acordo com estas características, não há qualquer menção as questões referentes a complexidade do sofrimento e suas formas de estar no mundo.

Com relação aos sintomas, dos 37% dos prontuários masculinos analisados, foram encontrados 17 sintomas, sendo eles: insônia (14%), ideação suicida (11%), ansiedade (8%), alucinação auditiva (8%), uso de álcool(8%), tabagismo(8%), irritabilidade (5%), agressividade (5%), medo (5%), inapetência(5%), delírio(5%), angústia (3%), depressão (3%), cefaleia (3%), isolamento social (3%), esquecimento/amnésia (3%) e inquietação (3%).

Dos 63% dos prontuários femininos analisados , também foram identificados 17 sintomas, encontrou-se: ideação suicida (18%), depressão (12%), insônia (10%), isolamento social (7%), tristeza (7%), ansiedade (6%), vontade de chorar/horo incontido e imotivado (6%), medo (6%), alucinação auditiva (4%), inapetência (4%), dor/corpalgia (4%), desanimo (3%), delírio (3%), alcoolismo (3%), tabagismo (3%), irritabilidade (1%) e tontura/ vertigem (1%).

Tabela 3. Comparação entre a frequência de sintomas entre mulheres e homens dos prontuários analisados.

SINTOMAS	FEMININOS (%)	MASCULINOS (%)
Ideação suicida	18	11
Depressão	12	3
Insônia	10	14
Tristeza	7	0
Isolamento social	7	3
Ansiedade	6	8
Medo	6	5
Vontade de chorar/ choro incontido e imotivado	6	0
Alucinação auditiva	4	8
Inapetência	4	5
Dor/corpalgia	4	0
Desanimo	3	0
Delírio	3	5
Uso de álcool	3	8
Tabagismo	3	8
Irritabilidade	1	5
Tontura/ vertigem	1	0
Angústia	0	3
Agressividade	0	5
Cefaleia	0	3

Esquecimento/ amnésia	0	3
Inquietação	0	3

Chama atenção a maior incidência de sintomas como ideação suicida e insônia em ambos os casos, porém é possível observar na tabela acima diferenças expressivas quando comparamos sintomas como depressão onde nas mulheres aparecem com 12% dos casos e 3% nos homens ou o uso de álcool e tabagismo em homens com 8% e nas mulheres 3%. Segundo Philipps e First (2008) em relação a epidemiologia, no mundo existe uma maior incidência de depressão em mulheres, sendo de 2 a 3 casos para cada 1 caso em homens. Tal razão pode ser explicada por um fator biológico, que seria especificidades de hormônios femininos (ANDRADE et al 2006). Ou por fatores sócio históricos, que tem demonstrado o quanto os fatores de risco relacionados a depressão são sociais, condições materiais e existenciais favorecem o sofrimento psíquico e seu agravamento. Também deve-se destacar fatores em relação a etiologia, que diz respeito as diferenças dos corpos, a interação entre essas diferenças e os papéis sociais que cada sujeito ocupa na sociedade. (ZANELLO,SILVA 2012).

Por nossa cultura, somos marcados por valores de gênero, o que é um fator determinante na hora da leitura dos sintomas por parte do clinico que valia o paciente, pois existe uma tendência a julgar e avaliar a partir de padrões ideais, inscritos e construídos culturalmente. Por exemplo, é mais comum encontrar uma mulher deprimida e um homem usuário de álcool, do que ao contrário, mostrando que o nível de tolerância para denominar um comportamento seria diferente para um paciente homem e uma paciente mulher (ZANELLO, SILVA 2012).

Outro dado a ser destacado neste estudo pelo viés gênero, é a questão do trabalho, que apresenta forte influencia na frequência dos sintomas. De todos prontuários femininos analisados, 63% das mulheres não trabalham, e metade delas se declaram donas de casa “ do lar”, e do total de prontuários masculinos analisados, 60% dos homens trabalham e 40% não trabalham. Talvez esses dados não apontem só para uma incapacidade de trabalho por causa da doença mental, mas também para um distribuição de papéis sociais construídos culturalmente, onde o homem mesmo em condições especiais deve trabalhar e ser independente e a mulher deve se dedicar as tarefas domésticas ou outras atividades culturalmente tidas como femininas.

Aponto para dois fatores de risco: o alto índice de desemprego entre homens e mulheres e o grande número mulheres exercendo funções do lar. Shearm et al (2008), colocam o desemprego como um fator de risco para saúde mental, tendo alta correlação com transtornos mentais, principalmente quando a condição econômica da família é precária, tendo como consequência sérias dificuldades financeiras. Já Araújo et al (2005) associam sintomas depressivos ao trabalho doméstico e ainda destacam que mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentam prevalência de transtornos mentais comuns mais elevada do que as com baixa sobrecarga.

Pode-se novamente associar esses resultados com os papéis dessas mulheres na sociedade culturalmente influenciada, onde a atividade doméstica é vista como um não trabalho, não tem reconhecimento social e não há remuneração. Zanello e Silva (2012) diz que o sofrimento vem das características dessa atividade, como a monotonia, repetitividade, desvalorização e demandas dos papéis socialmente exigidos, aos quais a mulher deve atender.

Desta forma é evidente como os aspectos de gênero, sociais, de papéis exercidos na sociedade, tem influências e compõe fatores de risco diversos para o desenvolvimento de um sofrimento psíquico, sofrimento este que apresenta uma enorme complexidade de compreensão, não só dos profissionais que oferecem cuidados, mas também para a própria pessoa que está no processo de adoecimento e todas as outras envolvidas em seu contexto de vida. Características atribuídas a essas pessoas como um diagnóstico fechado ou sintomas descritos, não são suficientes para o entendimento desse sofrimento, por fim sugiro uma maior dedicação por parte dos profissionais cuidadores, em entender o quão complexo é o processo de adoecimento mental e o sofrimento psíquico.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Taguatinga-DF caracteriza-se por indivíduos do sexo feminino em sua maioria, com idades distribuídas de 24 a 69 anos, grande parte dos usuários são solteiros e com perfil de escolaridade predominando em ensino fundamental e médio, parte significativa da população atendida no CAPS-TAG são desempregados e não recebem benefícios, como por exemplo auxílio-doença. Os diagnósticos prevalentes foram os transtornos de humor, seguido de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes e transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes e os sintomas mais frequentes são ideação suicida, seguido de insônia e depressão.

Foi observada a existência de uma possível dificuldade dos profissionais em padronizar o preenchimento dos prontuários e principalmente da ficha de acolhimento, tal dificuldade talvez venha da compreensão de cada um sobre o sofrimento psíquico do próximo, do usuário que está sendo avaliado naquele momento, isso fica ainda mais claro quando observamos o quanto o campo de hipótese diagnóstica muitas vezes é deixado em branco.

Concluiu-se ainda a importância de trazer uma discussão sobre a relação entre as variáveis sintomas e diagnósticos com o viés gênero em uma sociedade culturalmente influenciada, pois possibilita uma compreensão mais ampla sobre como as relações de gênero e os papéis sociais são fatores de risco na qualidade da saúde mental do indivíduo. Faz-se necessário que outros estudos dessa natureza sejam realizados, a fim de possibilitar o reconhecimento desse sofrimento tanto por parte de quem sofre e necessita de cuidado quanto de quem oferece o cuidado.

O serviço de saúde pública oferecido no CAPS-TAG, apesar dessas observações quanto ao procedimento de coleta de dados dos usuários, mostra-se como um serviço articulado com outros dispositivos de cuidado em saúde mental, fato observado durante a pesquisa por meio de encaminhamentos e recebimento de demandas de outros locais, articulação esta que se faz necessária, pois a demanda recebida é bastante significativa.

Leal e Delgado (2007), afirmam que um CAPS só se tornará instrumento capaz de produzir uma relação e um lugar social diferente para a experiência da loucura se, no seu dia-a-dia, no seu cotidiano, inventar outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a cidade, sustentando-se em um tripé- a rede, a clínica e o cotidiano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Ana Paula Müller de. Relações de gênero no território da saúde mental. **Fazendo Gênero 8- corpo, violência e poder**, Florianópolis, v. 45, n. 8, p.1-5, ago. 2008.
- ANDRADE, Laura Helena S. G. de et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, Vitória, v. 2, n. 33, p.43-54, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a03v33n2.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.
- ARAUJO, Tânia Maria de; PINHO, Paloma de Sousa; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, Set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>>. Acesso em: 18 nov.2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. **Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 11, Ano VII, nº 11, outubro de 2012**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **RESOLUÇÃO Nº196/96 versão 2012**. Brasília, 2012.
- BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.
- BRASIL. **Saúde Mental em dados 9, ano VI, nº 9**, Brasília, 2011. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em: 10 agosto.2013.
- CAMPOS, Ioneide de Oliveira. **Programa “De Volta Para Casa” em um município do Estado de São Paulo – suas possibilidades e limites**. 2008. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- CASARES, Aurelia Martín. **Antropologia del gênero: cultura, mitos e estereótipos sexuais**. Madri: Cátedra, 2008.
- DELFINI, Patrícia Santos de Souza et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infanto juvenil da grande São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.226-236, ago. 2009.
- DESLANDES, Suely Ferreira et al. Abordagens qualitativas e quantitativa em saúde: o dialogo das diferenças. **Caminhos do pensamento epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

- FARIA, Jeovane Gomes de; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, Dez. 2009. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>> Acesso em: 10 agosto, 2013.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.
- MATOS, Evandro Gomes et al. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, 2005.
- LEAL, EM, DELGADO PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. **Desinstitucionalização da saúde mental**. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.
- LIMA, Maria da Glória; SILVA, Graciete Borges da. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 591-595, set./out. 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 2003.
- OSINAGA, Vera Lucia Mendiondo; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Licio Ferreira. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, Fev. 2007
- PELISOLI, Cátula da Luz; MOREIRA, Ângela Kunzler. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, Dez. 2005.
- PEREIRA, Maria Odete et al. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena - São Paulo. **Acta paul. Enferm.** São Paulo, v. 25, n. 1, 2012.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dez. 2011
- PHILLIPS, K.A;FIRST M.B, Introdução. In: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ, Regier DA, organizadores. Gênero e idade: considerações no diagnóstico psiquiátrico. **Agenda de pesquisa para DSM V**. São Paulo: Roca, 2008.
- RAMOS, Déborah K. R.; HOLANDA, Regina C.B.S. **Influência das relações de gênero na saúde mental da mulher**. Campina Grande, Dez. 2012.
- SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Agosto. 2009. Disponível : < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a18v14n4.pdf>> Acesso em: 15 nov, 2013.
- SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n 2, jul./dez. 1980.
- SHEARM, K. et al. Gênero e fatores socioculturais. **Agenda de pesquisa para DSM V**. São Paulo: Roca, 2008.
- SILVA, Marise Borba de; GRIGOLO, Tânia Maris. Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II. **Caderno Pedagógico**. Florianópolis: Udesc, 2002.

TENÓRIO, F.A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: Desafios da reforma psiquiatrica brasileira**. 2006. 208 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo, Rio de Janeiro, 2006.

ZANELLO, Valeska; SILVA, René Marc Costa. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Rev. Bioét** . Brasília, 2012. Disponível em:  
< [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/745](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745)> Acesso em: 10 nov, 2013.

ZANELLO, Valeska et al . Entrevistas de evolução psiquiátricas: entre a "Doença Mental" e a medicalização. **Mental**, Barbacena , v. 9, n. 17, dez. 2011 . Disponível em:  
< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/08.pdf>.> Acesso em: 10 nov, 2013.



**APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados**

**1. N° Prontuário:** \_\_\_\_\_

**2. Sexo:** ( ) F ( ) M

**3. Idade:** \_\_\_\_\_

**4. Estado Civil:**

( ) Solteiro ( ) Casado(a) / mora com um(a) companheiro(a)

( ) Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a) ( ) Viúvo(a)

( ) Não contém essa informação

**5. Escolaridade:**

( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio

( ) Graduação ( ) Graduação Incompleta ( ) Não contém essa informação

**6. Trabalho Atual:** \_\_\_\_\_

( ) Não Trabalha ( ) Não contém essa informação

( ) Recebe algum benefício. Qual \_\_\_\_\_

**7. Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_

( ) Não contém essa informação

**8. Sintomas:**

( ) Insônia

- ☐ Ansiedade
- ☐ Tristeza
- ☐ Vontade de chorar/choro incontido e imotivado
- ☐ Angústia
- ☐ Irritabilidade
- ☐ Depressão
- ☐ Nervosismo
- ☐ Agressividade
- ☐ Cefaleia
- ☐ Isolamento social
- ☐ Alucinação auditiva
- ☐ Desanimo
- ☐ Medo
- ☐ Tontura/ Vertigem
- ☐ Dificuldades nas relações
- ☐ Inapetência
- ☐ Dor/ corpalgia
- ☐ Agitação psicomotora
- ☐ Ideação suicida
- ☐ Esquecimento/ amnésia
- ☐ Inquietação
- ☐ Delírio
- ☐ Uso de Álcool
- ☐ Tabagismo
- ☐ Não contém essa informação

## **ANEXO A – REQUERIMENTO DE LIBERAÇÃO**

### **REQUERIMENTO**

#### **REQUER LIBERAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

EU, Ioneide de Oliveira Campos, Residente a Quadra 104, lote 03 apto 1102ª, Águas Claras, telefone celular 6181851218, pesquisador / (orientador) responsável pelo Projeto titulado PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CAPS TAGUATINGA, venho requerer a esse Comitê de Ética em Pesquisa, a liberação da exigência do **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**, tendo em vista que o projeto de pesquisa mencionado, a ser desenvolvido no período de SETEMBRO a DEZEMBRO necessita apenas, (JUSTIFICATIVA): de algumas informações sobre as variáveis: sexo, idade, escolaridade, ocupação, estado civil e prevalência de diagnósticos em prontuários de alguns usuários (entrada em março e abril do ano 2013). Trata-se de um estudo ex-post facto e que pretende contribuir na reflexão sobre a clínica da saúde mental do CAPS TAG e, com isso agregar conhecimentos, a partir da realidade encontrada, para a área da saúde mental, considerando os princípios éticos fundamentais explicitados na RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 13 de junho de 2013, na Seção 1 do Diário Oficial da União, que revoga a Resolução nº 196/96 (CNS/MS). Assim, nos comprometemos com o item que menciona sobre risco e danos da pesquisa e reiteramos que a presente investigação não oferecer possibilidade de [...] “danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano” [...] (CNS/MS), durante a realização da mesma. Estimamos que 50 prontuários de pacientes ativos do serviço, serão utilizados para compor a amostra, com consequente análise documental. Informamos ainda que, essa pesquisa não apresenta muitos meses para sua execução, pois é um Trabalho de Conclusão de Curso, disciplina obrigatória do curso de terapia ocupacional da Universidade de Brasília – Campus Ceilândia, com duração de 01 ano, distribuído em TCC 1 e TCC2. No momento atual, esta proposta encontra-se

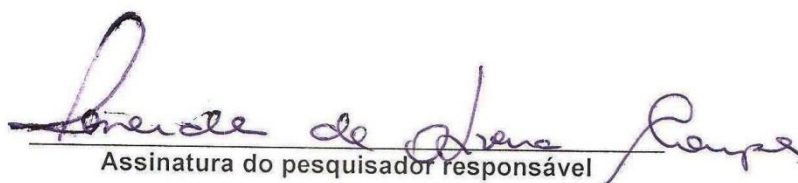
na disciplina TCC 2, de apenas 01 semestre para realização, considerando o calendário acadêmico da Universidade.

Menciono ainda que, a chefia responsável pela Unidade Clínica, CAPS-TAG, local almejado para realizar essa pesquisa, assinou o Termo de Concordância, mostrando-se de acordo com o estudo e seu objetivo, o que representa o interesse da equipe do serviço em conhecer parte de sua clientela, bem como, demonstra significativa parceria entre CAPS TAG e UnB – Campus Ceilândia. Assim, a Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS (ANEXO 1), para a avaliação ética de projetos de pesquisa envolvendo dados de prontuários, (como por exemplo, o caso de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), a recomendação é que a análise do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP considere o contexto em que a pesquisa está inserida.

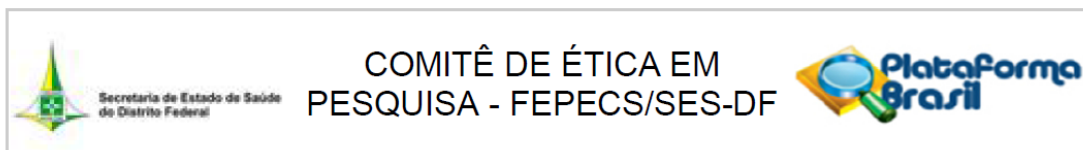
Nestes termos,

Pede deferimento.

Brasília 19 de agosto de 2013

  
Assinatura do pesquisador responsável

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – FEPECS/SES-DF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TAGUATINGA-DF

**Pesquisador:** Ioneide de Oliveira Campos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20395513.9.0000.5553

**Instituição Proponente:** HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 380.660

**Data da Relatoria:** 02/09/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa descritiva, de natureza quantitativa, que envolve as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, diagnóstico, escolaridade e ocupação de pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial de Taguatinga- DF e obtidos de prontuários de pacientes, correlacionando com os dados da literatura específica.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Taguatinga-DF.

Objetivo Secundário:

1. Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no CAPS;
2. Identificar o percentual no que refere ao estado civil;
3. Identificar o percentual de pacientes do sexo feminino e masculino;

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

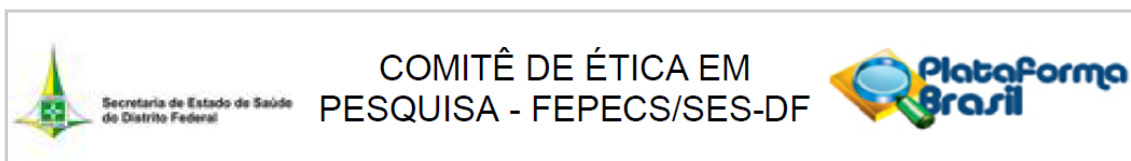
**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 380.660

4. Identificar a prevalência de diagnósticos dos transtornos mentais entre homens e mulheres;
5. Analisar a correlação entre ocupação atual (trabalho) e o nível de escolaridade dos pacientes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:**

Qualquer pesquisa que envolva seres humanos implica em riscos. Pesquisas sem risco incluem, por exemplo, teste de um software desenvolvido por um estudante quanto ao seu funcionamento em si ou estudo de estatísticas de acesso público. As pesquisas com risco mínimo são aquelas que envolvem atividades ou questionamentos elementares comuns do dia-a-dia do ser humano e que em momento algum causem desconforto da pessoa pesquisada.

Qualquer pesquisa com seres humanos que inclua aplicação de questionários com questões que relatem dados ou experiências pessoais (ex.experiência sexual, depressão, ansiedade, assistir ou ouvir algum conteúdo que pode ser ofensivo)é considerado acima do risco mínimo.

A presente pesquisa será realizada por coleta de informações obtidas em prontuários médicos sujeito a sigilo profissional e não haverá contato com paciente para resposta de questionários.

Por conseguinte, o risco desta pesquisa é mínimo.

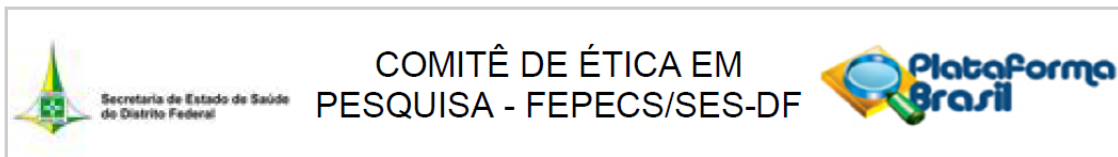
**Quanto aos benefícios:**

Os benefícios diretos são aqueles onde o participante é beneficiado de qualquer intervenção realizada nos participantes. Por exemplo, o uso de uma medicação. Os benefícios indiretos são os que traduzem qualquer ganho pessoal ao participante, mesmo não relacionado à pesquisa. Por exemplo, acesso irrestrito aos serviços, realização gratuita de exames ou preferência na realização de consultas.

Existem ainda os benefícios direcionados à sociedade e aos futuros pacientes em decorrência da realização da pesquisa. No presente estudo os benefícios da pesquisa são direcionados à sociedade.

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com





Continuação do Parecer: 380.660

**Conclusão:** Por oportuno, o risco da pesquisa é MÍNIMO e os benefícios guardam uma relação risco x benefício adequada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Critério de Inclusão:**

Serão incluídos na amostra da pesquisa os prontuários dos usuários que deram entrada e permaneceram no serviço durante o segundo bimestre de 2013, no período de 1 de março à 30 de abril de 2013.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos da amostra os prontuários de usuários que não permaneceram no serviço durante o período estipulado.

A pesquisa ocorrerá pela análise de prontuários sem submeter pacientes a questionários.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: Apresentada;

Termo de Concordância: Apresentado;

Curriculum Vitae dos pesquisadores: Apresentado;

Cronograma da Pesquisa: Apresentado;

Planilha de orçamento: Apresentada;

Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido : Apresentado;

Critérios de Inclusão e Exclusão: Apresentados.

**Recomendações:**

O projeto não é isento de riscos, contudo, os riscos são mínimos e relacionados ao sigilo médico.

Os pesquisadores deverão zelar pelo sigilo das informações que possam identificar pacientes.

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

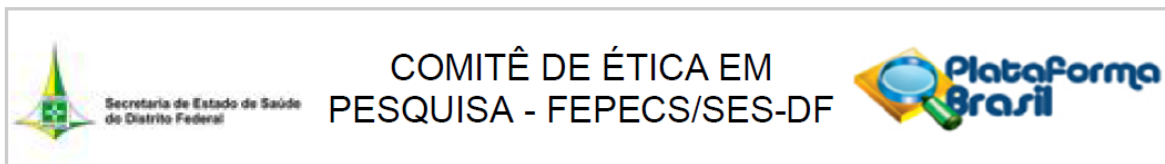
**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 380.660

Os resultados da pesquisa deverão ser apresentados a este CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

APROVAÇÃO do projeto de pesquisa devendo ser observadas as recomendações elencadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 02 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**luiz fernando galvão salinas**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com